



全国中医药行业高等教育“**十二五**”规划教材



全国高等中医药院校规划教材(第九版)

健康评估

供护理学专业用

主 编◎王 琦

全国百佳图书出版单位

中国中医药出版社



全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材
全国高等中医药院校规划教材（第九版）

健康评估

（新世纪第二版）

（供护理学专业用）

主 编 王 琦（北京中医药大学）

副主编 （按姓氏笔画排序）

李 春（广州中医药大学）

李 玲（浙江中医药大学）

陶弘武（辽宁中医药大学）

董 璐（上海中医药大学）

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

健康评估/王琦主编. —2 版. —北京: 中国中医药出版社, 2012. 8

全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材

ISBN 978 - 7 - 5132 - 0938 - 0

I. ①健… II. ①王… III. ①健康—评估—医学院校—教材

IV. ①R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 109472 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

河北欣航测绘院印刷厂印刷

各地新华书店经销

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 22 128 字数 494 千字

2012 年 8 月第 2 版 2012 年 8 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0938 - 0

*

定价 36.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

书店网址 csln.net/qksd/

新浪官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材

全国高等中医药院校规划教材（第九版）

专家指导委员会

-
- 名誉主任委员 王**国**强（卫生部副部长兼国家中医药管理局局长）
邓**铁**涛（广州中医药大学教授 国医大师）
- 主任委员 李**大**宁（国家中医药管理局副局长）
- 副主任委员 王**永**炎（中国中医科学院名誉院长 教授 中国工程院院士）
张**伯**礼（中国中医科学院院长 天津中医药大学校长 教授 中国工程院院士）
洪**净**（国家中医药管理局巡视员兼人事教育司副司长）
- 委 员（以姓氏笔画为序）
- 王**华**（湖北中医药大学校长 教授）
王**键**（安徽中医学院院长 教授）
王**之**虹（长春中医药大学校长 教授）
王**北**婴（国家中医药管理局中医师资格认证中心主任）
王**亚**利（河北医科大学副校长 教授）
王**国**辰（全国中医药高等教育学会教材建设研究会秘书长 中国中医药出版社社长）
王**省**良（广州中医药大学校长 教授）
车**念**聪（首都医科大学中医药学院院长 教授）
石**学**敏（天津中医药大学教授 中国工程院院士）
匡**海**学（黑龙江中医药大学校长 教授）
刘**振**民（全国中医药高等教育学会顾问 北京中医药大学教授）
孙**秋**华（浙江中医药大学党委书记 教授）
严**世**芸（上海中医药大学教授）
李**大**鹏（中国工程院院士）
李**玛**琳（云南中医学院院长 教授）
李**连**达（中国中医科学院研究员 中国工程院院士）
李**金**田（甘肃中医学院院长 教授）
杨**关**林（辽宁中医药大学校长 教授）
吴**以**岭（中国工程院院士）

- 吴咸中 (天津中西医结合医院主任医师 中国工程院院士)
- 吴勉华 (南京中医药大学校长 教授)
- 肖培根 (中国医学科学院研究员 中国工程院院士)
- 陈可冀 (中国中医科学院研究员 中国科学院院士)
- 陈立典 (福建中医药大学校长 教授)
- 范永升 (浙江中医药大学校长 教授)
- 范昕建 (成都中医药大学校长 教授)
- 欧阳兵 (山东中医药大学校长 教授)
- 周 然 (山西中医学院院长 教授)
- 周永学 (陕西中医学院院长 教授)
- 周仲瑛 (南京中医药大学教授 国医大师)
- 郑玉玲 (河南中医学院院长 教授)
- 胡之璧 (上海中医药大学教授 中国工程院院士)
- 耿 直 (新疆医科大学副校长 教授)
- 高思华 (北京中医药大学校长 教授)
- 唐 农 (广西中医药大学校长 教授)
- 梁光义 (贵阳中医学院院长 教授)
- 程莘农 (中国中医科学院研究员 中国工程院院士)
- 傅克刚 (江西中医学院院长 教授)
- 谢建群 (上海中医药大学常务副校长 教授)
- 路志正 (中国中医科学院研究员 国医大师)
- 廖端芳 (湖南中医药大学校长 教授)
- 颜德馨 (上海铁路医院主任医师 国医大师)
- 秘 书 长** 王 键 (安徽中医学院院长 教授)
- 洪 净 (国家中医药管理局巡视员兼人事教育司副司长)
- 王国辰 (全国中医药高等教育学会教材建设研究会秘书长
中国中医药出版社社长)
- 办公室主任** 周 杰 (国家中医药管理局人事教育司教育处处长)
- 林超岱 (中国中医药出版社副社长)
- 李秀明 (中国中医药出版社副社长)
- 办公室副主任** 王淑珍 (全国中医药高等教育学会教材建设研究会副秘书长
中国中医药出版社教材编辑部主任)
- 裴 颢 (中国中医药出版社教材编辑部副主任)

全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材
全国高等中医药院校规划教材(第九版)

《健康评估》编委会

主 编 王 琦 (北京中医药大学)

副主编 (按姓氏笔画排序)

李 春 (广州中医药大学)

李 玲 (浙江中医药大学)

陶弘武 (辽宁中医药大学)

董 璐 (上海中医药大学)

编 委 (按姓氏笔画排序)

田 华 (陕西中医学院)

任海蓉 (湖北中医药大学)

江志虹 (山西中医学院)

苏春香 (北京中医药大学)

李 丽 (广州中医药大学)

佟 欣 (黑龙江中医药大学)

张 瑜 (扬州大学)

赵东旭 (长春中医药大学)

郝庆卯 (河北医科大学)

前言

全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材是为贯彻落实《国家中长期教育改革和规划纲要(2010-2020年)》、《教育部关于“十二五”普通高等教育本科教材建设的若干意见》和《中医药事业发展“十二五”规划》，依据行业人才需求和全国各高等中医药院校教育教学改革新发展，在国家中医药管理局人事教育司的主持下，由国家中医药管理局教材办公室、全国中医药高等教育学会教材建设研究会在总结历版中医药行业教材特别是新世纪全国高等中医药院校规划教材建设经验的基础上，进行统一规划建设的。鉴于由中医药行业主管部门主持编写的全国高等中医药院校规划教材目前已出版八版，为便于了解其历史沿革，同时体现其系统性和传承性，故本套教材又可称“全国高等中医药院校规划教材(第九版)”。

本套教材坚持以育人为本，重视发挥教材在人才培养中的基础性作用，充分展现我国中医药教育、医疗、保健、科研、产业、文化等方面取得的新成就，以期成为符合教育规律和人才成长规律的科学性、先进性、适用性的优秀教材。

本套教材具有以下主要特色：

1. 继续采用“政府指导，学会主办，院校联办，出版社协办”的运作机制

在规划、出版全国中医药行业高等教育“十五”、“十一五”规划教材时(原称“新世纪全国高等中医药院校规划教材”新一版、新二版，亦称第七版、第八版，均由中国中医药出版社出版)，国家中医药管理局制定了“政府指导，学会主办，院校联办，出版社协办”的运作机制，经过两版教材的实践，证明该运作机制符合新时期教育部关于高等教育教材建设的精 神，同时也是适应新形势下中医药人才培养需求的更高效的教材建设机制，符合中医药事业培养人才的需要。因此，本套教材仍然坚持这个运作机制并有所创新。

2. 整体规划，优化结构，强化特色

此次“十二五”教材建设工作对高等中医药教育3个层次多个专业的必修课程进行了全面规划。本套教材在“十五”、“十一五”优秀教材基础上，进一步优化教材结构，强化特色，重点建设主干基础课程、专业核心课程，加强实验实践类教材建设，推进数字化教材建设。本套教材数量上较第七版、第八版明显增加，专业门类上更加齐全，能完全满足教学需求。

3. 充分发挥高等中医药院校在教材建设中的主体作用

全国高等中医药院校既是教材使用单位，又是教材编写工作的承担单位。我们发出关于启动编写“全国中医药行业高等教育‘十二五’规划教材”的通知后，各院校积极响应，教学名师、优秀学科带头人、一线优秀教师积极参加申报，凡被选中参编的教师都以积极热情、严肃认真、高度负责的态度完成了本套教材的编写任务。

4. 公开招标，专家评议，健全主编遴选制度

本套教材坚持公开招标、公平竞争、公正遴选主编原则。国家中医药管理局教材办公室和全国中医药高等教育学会教材建设研究会制订了主编遴选评分标准,经过专家评审委员会严格评议,遴选出一批教学名师、高水平专家承担本套教材的主编,同时实行主编负责制,为教材质量提供了可靠保证。

5. 继续发挥执业医师和职称考试的标杆作用

自我国实行中医、中西医结合执业医师准入制度以及全国中医药行业职称考试制度以来,第七版、第八版中医药行业规划教材一直作为考试的蓝本教材,在各种考试中发挥了权威标杆作用。作为国家中医药管理局统一规划实施的第九版行业规划教材,将继续在行业的各种考试中发挥其标杆性作用。

6. 分批进行,注重质量

为保证教材质量,本套教材采取分批启动方式。第一批于2011年4月启动中医学、中药学、针灸推拿学、中西医临床医学、护理学、针刀医学6个本科专业112种规划教材。2012年下半年启动其他专业的教材建设工作。

7. 锤炼精品,改革创新

本套教材着力提高教材质量,努力锤炼精品,在继承与发扬、传统与现代、理论与实践的结合上体现了中医药教材的特色;学科定位准确,理论阐述系统,概念表述规范,结构设计更为合理;教材的科学性、继承性、先进性、启发性及教学适应性较前八版有不同程度提高。同时紧密结合学科专业发展和教育教学改革,更新内容,丰富形式,不断完善,将学科、行业的新知识、新技术、新成果写入教材,形成“十二五”期间反映时代特点、与时俱进的教材体系,确保优质教育资源进课堂,为提高中医药高等教育本科教学质量和人才培养质量提供有力保障。同时,注重教材内容在传授知识的同时,传授获取知识和创造知识的方法。

综上所述,本套教材由国家中医药管理局宏观指导,全国中医药高等教育学会教材建设研究会倾力主办,全国各高等中医药院校高水平专家联合编写,中国中医药出版社积极协办,整个运作机制协调有序,环环紧扣,为整套教材质量的提高提供了保障机制,必将成为“十二五”期间全国高等中医药教育的主流教材,成为提高中医药高等教育教学质量和人才培养质量最权威的教材体系。

本套教材在继承的基础上进行了改革与创新,但在探索的过程中,难免有不足之处,敬请各教学单位、教学人员以及广大学生在使用中发现问题及时提出,以便在重印或再版时予以修正,使教材质量不断提升。

国家中医药管理局教材办公室
全国中医药高等教育学会教材建设研究会
中国中医药出版社
2012年6月

编写说明

本教材是在新世纪全国高等中医药院校规划教材《健康评估》的基础上修订编写而成。随着健康观念和现代护理模式的转变,为护理对象提供高质量的以人为中心的、以护理程序为指导的系统化整体护理已在国内广为开展。护理程序始于健康评估,通过护士对护理对象因一种或多种健康问题或疾病产生的反应进行检查和逻辑分析,得出结论并提出护理诊断,为进一步确立护理目标、制订护理措施提供依据。此过程所需的知识和技能必须由相应的课程来解决。

本教材编写过程中十分注重教材与本课程目标和护理学科培养目标的一致性,全书从身体、心理、社会等方面全面阐述了健康评估的原理、方法和技能,体现了现代护理实践以人为中心的要求,其立足点是培养学生从护理角度做出护理诊断及监测和判断病情变化的能力,具有很强的护理学特征。

本教材删去上版教材中第七章“辨证护理的基础理论”部分,避免了与相关中医基础理论课程内容重复,同时保持教材内容的理论体系呈现一致性。修订后本教材共十一章,主要内容涉及健康评估方法、常见症状评估、体格检查、心理评估、社会评估、心电图检查、实验室检查、影像学检查、护理诊断和护理病历书写。

各章节内容力求既能体现基本理论、基本知识和基本技能,又能充分反映新思路和新概念。其中部分章节(心电图检查、实验室检查和影像学检查)编写内容考虑到中医院校学时特点和护理专业学科的实际需求,进行了适当的调整,使教材更符合教学需求和实际应用。本教材主要供全国高等中医药院校护理专业本科学生使用,同时可供其他层次中医护理教学及临床护理人员参考。

本教材第一章、第二章由佟欣、王琦修订,第三章由李春和苏春香修订,第四章由张瑜、任海蓉、董璐、江志虹、李玲修订,第五章由田华修订,第六章由赵东旭修订,第七章由田华编写,第八章由李春、李丽编写,第九章由陶弘武、郝庆卯编写,第十章和第十一章由江志虹修订。

在本教材出版之际,参加修订编写的全体人员,对上一版教材的所有编者表示感谢。此外,由于时间紧迫,书中难免存在疏漏不足之处,敬请使用教材的师生和读者提出宝贵意见,以便重印再版时修订提高。

《健康评估》编委会

2012年5月

目 录

第一章 绪论	1	一、性别	50
一、健康评估发展简史	1	二、年龄	50
二、健康评估的主要内容	3	三、生命征	50
三、学习方法和要求	4	四、发育与体型	51
第二章 健康评估方法	6	五、营养状态	51
第一节 概述	6	六、意识状态	53
一、健康资料的来源	6	七、面容与表情	53
二、健康资料的类型	6	八、体位	54
第二节 收集健康资料的方法	7	九、步态	55
一、问诊	7	第二节 皮肤检查	55
二、体格检查	10	一、颜色	56
第三章 常见症状评估	15	二、湿度	56
第一节 发热	15	三、温度	57
第二节 疼痛	18	四、弹性	57
第三节 水肿	21	五、皮疹	57
第四节 失水	23	六、压疮	57
第五节 呼吸困难	25	七、皮下出血	59
第六节 咳嗽与咳痰	27	八、蜘蛛痣	59
第七节 咯血	29	九、水肿	59
第八节 发绀	31	第三节 浅表淋巴结检查	60
第九节 心悸	32	一、正常浅表淋巴结的部位	60
第十节 恶心与呕吐	34	二、检查方法	60
第十一节 呕血与黑便	35	三、淋巴结肿大的临床意义	61
第十二节 便血	37	第四节 头部、面部与颈部	
第十三节 腹泻	38	检查	62
第十四节 便秘	40	一、头部	62
第十五节 黄疸	41	二、面部	62
第十六节 抽搐与惊厥	45	三、颈部	66
第十七节 意识障碍	46	第五节 胸部检查	68
第四章 体格检查	50	一、胸部的体表标志	68
第一节 全身状态检查	50	二、胸壁、胸廓与乳房	71

三、肺和胸膜	73	五、自我概念紊乱的表现	121
四、心脏	79	六、自我概念的评估	121
第六节 周围血管检查	87	七、相关护理诊断	123
一、皮肤颜色和温度	87	八、常用护理诊断举例（身体 意象紊乱）	123
二、脉搏	87	九、与自我概念相关的常见 疾病	124
三、血管杂音和周围血管征	89	第三节 认知水平的评估	124
第七节 腹部检查	90	一、认知的定义	124
一、腹部体表标志与分区	90	二、认知水平的评估	126
二、视诊	92	三、相关护理诊断	128
三、听诊	95	四、常用护理诊断举例（急性 意识模糊）	128
四、叩诊	96	五、与认知改变相关的常见 疾病	129
五、触诊	97	第四节 情绪与情感的评估	129
第八节 肛门、直肠和生殖器 检查	102	一、情绪与情感的定义	129
一、肛门和直肠检查	102	二、情绪与情感的作用	129
二、生殖器检查	103	三、情绪与情感的分类	129
第九节 脊柱与四肢检查	105	四、常见情绪	130
一、脊柱	105	五、情绪与情感的评估	130
二、四肢与关节	106	六、相关护理诊断	133
第十节 神经系统检查	109	七、常用护理诊断举例 （焦虑）	134
一、脑神经	109	八、与情绪情感相关的常见 疾病	134
二、感觉功能	110	第五节 压力与压力应对的 评估	134
三、运动功能	110	一、压力	134
四、神经反射	112	二、压力应对	136
五、自主神经功能评估	116	三、压力与压力应对的评估	138
第五章 心理评估	117	四、相关护理诊断	142
第一节 概述	117	五、常用护理诊断举例（应对 无效）	142
一、心理评估的内容	117	六、与压力与压力应对相关的 常见疾病	143
二、心理评估的目的	117		
三、心理评估的方法	117		
四、心理评估的注意事项	118		
第二节 自我概念的评估	119		
一、自我概念的定义	119		
二、自我概念的分类	119		
三、自我概念的组成	120		
四、自我概念的形成与影响 因素	120		

第六章 社会评估	144	一、常规心电图记录导联	162
第一节 概述	144	二、心电监护导联	164
一、社会评估的内容	144	第二节 心电图各波段的命名、	
二、社会评估的目的	144	正常值及测量方法	164
三、社会评估的方法	144	一、心电图各波段的命名与	
第二节 角色与角色适应的		正常值	164
评估	145	二、心电图的测量方法	167
一、角色的定义	145	第三节 异常心电图	169
二、角色与互补角色	145	一、心房及心室肥大	169
三、角色的分类	145	二、心肌缺血	172
四、角色的形成	145	三、心肌梗死	173
五、角色适应不良	146	四、心律失常	175
六、患者角色	147	五、电解质紊乱及药物所致	
七、角色与角色适应的评估	147	心电图改变	181
八、相关护理诊断	148	第四节 心电图评估的步骤与	
九、常用护理诊断举例（角色		临床应用	184
紊乱）	148	一、心电图评估的操作步骤	184
第三节 文化评估	148	二、心电图的阅读方法	184
一、文化的定义	148	三、心电图的临床应用	185
二、文化的特性	149	第八章 实验室检查	186
三、文化评估在健康评估中的		第一节 概述	186
重要性	149	一、实验室检查的主要	
四、文化要素	149	内容	186
五、文化休克	152	二、实验室检查的特点	186
六、文化的评估	153	三、实验室检查与临床护理的	
七、相关护理诊断	154	关系	187
八、常用护理诊断举例（精神		四、检验标本的采集和处理	187
困扰）	154	五、影响检验结果的因素	191
第四节 家庭评估	155	第二节 血液一般检查	192
一、家庭的定义	155	一、红细胞计数和血红蛋白	
二、家庭评估的内容	155	测定	193
三、家庭评估的方法	159	二、白细胞计数和白细胞分类	
四、相关护理诊断	160	计数	193
五、常用护理诊断举例（家庭		三、网织红细胞计数	196
运行中断）	161	四、红细胞比容测定	196
第七章 心电图检查	162	五、红细胞平均值	197
第一节 心电图导联	162	六、红细胞沉降率测定	198

第三节 溶血性贫血的常用实验室检查	199	三、血清总胆汁酸测定	236
一、溶血性贫血的一般检查 (过筛试验)	199	四、血清酶学检查	237
二、溶血性贫血的特殊检查	200	第十一节 肾脏功能检查	240
第四节 血栓与止血检查	204	一、肾小球功能检查	240
一、血管壁和血小板功能检测	205	二、肾小管功能检查	244
二、凝血和抗凝血功能检测	207	第十二节 临床常用生物化学检查	245
三、纤维蛋白溶解功能测定	211	一、血糖及其代谢物检测	245
第五节 尿液检测	213	二、血清脂质及脂蛋白检测	249
一、尿液一般检测	213	三、血清电解质检测	252
二、尿液其他检测	219	四、血清铁及其代谢物检测	255
三、尿液自动化检查	221	五、心肌酶和心肌蛋白检测	257
第六节 粪便检验	222	第十三节 临床常用免疫学检查	260
一、一般性状检查	223	一、免疫球蛋白检查	260
二、显微镜检查	224	二、血清补体检查	261
三、化学检查	225	三、病毒性肝炎血清标志物检查	263
四、细菌学检查	225	四、感染免疫检测	267
第七节 痰液检查	226	五、自身抗体检测	270
一、一般性状检查	226	六、肿瘤标志物检测	272
二、显微镜检查	226	第十四节 血液气体分析和酸碱平衡检查	275
三、细菌培养	227	一、动脉血氧分压测定	275
第八节 脑脊液检查	227	二、动脉血氧饱和度测定	275
一、一般性状检查	228	三、动脉血二氧化碳分压测定	276
二、化学检查	228	四、碳酸氢测定	276
三、显微镜检查	230	五、缓冲碱测定	277
四、细菌学检查	231	六、剩余碱测定	277
五、免疫学检查	231	七、血液酸碱度测定	277
第九节 浆膜腔积液检查	231	八、血浆二氧化碳结合力测定	278
一、一般性状检查	232	九、血浆二氧化碳总量测定	278
二、化学检查	232	第九章 影像学检查	279
三、显微镜检查	233	第一节 X线检查	279
四、细菌学检查	233	一、概述	279
第十节 肝脏功能检查	234		
一、蛋白质代谢检查	234		
二、胆红素代谢检查	236		

二、X线检查临床应用	283	三、功能性健康型态分类	313
三、X线检查注意事项及辅助 准备要点	289	四、多轴系健康型态分类	314
第二节 CT检查	291	第三节 护理诊断的构成	314
一、概述	291	一、现存的护理诊断	314
二、CT检查的临床应用	293	二、有危险的护理诊断	315
三、检查的注意事项及辅助 准备要点	296	三、健康的护理诊断	315
第三节 磁共振成像检查	298	四、可能的护理诊断	315
一、概述	298	五、综合的护理诊断	316
二、磁共振检查的临床应用	299	第四节 护理诊断的陈述	316
三、磁共振检查的注意事项及 辅助准备要点	300	一、三部分陈述	316
第四节 放射性核素显像检查	301	二、二部分陈述	316
一、概述	301	三、一部分陈述	316
二、放射性核素显像的临床 应用	302	四、陈述护理诊断的注意 事项	316
三、放射性核素显像检查的 注意事项及辅助准备 要点	303	第五节 合作性问题	317
第五节 超声检查	305	一、合作性问题的定义	317
一、概述	305	二、合作性问题的陈述方式	318
二、超声检查的临床应用	306	第六节 护理诊断的思维方法 和步骤	318
三、超声检查的注意事项及 辅助准备要点	309	一、收集资料	318
第十章 护理诊断	311	二、整理资料	318
第一节 护理诊断的概念	311	三、分析资料	319
一、护理诊断的发展	311	四、选择护理诊断	319
二、护理诊断的定义	312	第十一章 护理病历书写	321
三、护理诊断与医疗诊断的 区别	312	第一节 书写护理病历的基本 要求	321
第二节 护理诊断的分类	312	第二节 护理病历的格式与 内容	321
一、字母顺序排列分类	312	一、护理病历首页	322
二、人类反应型态分类	312	二、护理计划	329
		三、护理记录	330
		四、健康教育计划	331
		附录 NANDA 护理诊断分类 系统	334

第一章 绪 论

健康评估 (health assessment) 是研究诊断个体对健康问题反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的学科, 是在学习了医学基础课程、护理学基础课程之后, 为过渡到临床各科学习而先期开设的临床课程。它既论述疾病的临床表现及其发生机制, 个体对疾病的反应, 又讲解问诊和体格检查的基本方法与技能, 以及如何运用科学的临床思维方法去识别健康问题及人们对它的反应, 为作出正确的护理诊断或判断, 从而制订相应的护理措施提供依据。

评估的目的在于了解个体在健康和生命过程中的经历, 包括健康、疾病和康复; 寻找促进健康或增进最佳身体功能的有利因素; 识别护理需要或临床问题, 作出护理诊断, 以作为选择护理干预方案的基础; 评价治疗和护理的效果。欲达此目的, 护士必须具有精深的基础、良好的专业知识和技能与丰富的实践经验。从一名学生到一名在临床上能作出护理诊断、决策的护士, 要经过许多临床实践才能达到, 学习健康评估只是各临床护理专业课程教学的起点, 需经反复实践才能为临床各科学习打下基础。对此, 学习者和教授者均应理解并付诸实践。

一、健康评估发展简史

早在南丁格尔 (Florence Nightingale) 时期, 人们就已经意识到评估在护理中的重要性。Nightingale 视评估为“对疾病的观察”, 她强调护理观察的重要性, 是因为护士较医生更多地在患者床边。Nightingale 认为护士需要发展收集资料的技能, 如观察和记录生命体征的能力。同时她强调与患者交谈以获取有关健康和疾病相关信息的重要性。在她的著作中, 还提及评估需要收集、分析和解释资料。

随着护理的发展, 护理的工作范围不断扩展, 尤其是在家庭和社区从事独立工作的护士的出现, 对护理评估的技能有了更高的要求, 护士开始在收集患者资料的基础上提供护理。护士是否应实施全面的身体检查, 资料的结果是否有助于实现护理的目标, 目前仍是医学界广为争议的问题。许多护士认为使用传统上认为是属于医学范畴的体格检查来收集资料也是可行的, 只要护士从中得出的资料有助于护理。

美国自 20 世纪 70 年代以来, 开始重视在教学计划中培养护士收集资料的方法和技巧, 包括全面的体格检查。大部分学士学位课程使用医学的模式培养护士的健康评估能

力,这一模式的重点在于评估机体系统状况、并发症及治疗的效果。医学的评估模式已被很好地标准化了,包括以主诉、现病史、既往史、家族史、系统回顾等特定的问诊形式收集资料,随之是系统的体格检查。尽管医学的评估模式使护士能够辨认和监测疾病的过程,在当今的护理教育和护理实践中仍占着主导地位,但并不能为评估个体的护理需要提供系统的工具。

20世纪50年代, Lydia Hall第一次提出了护理程序的概念。1967年, Yara和Walsh将护理程序划分为评估、计划、实施和评价4个部分。此后,护理程序在护理作为拥有自己知识体系的独立学科的背景下迅速发展起来。评估被进一步分为评估和诊断两个部分。

1967年, Black在有关护理程序的国际会议上提出护理评估的重点在于评估患者的需要。如果这样的评估是准确和有效的,护士就需要更多的教育。仅仅说患者有生理、心理、社会和精神的需要,而未能提出如何对需要进行具体的评估是不够的。Black提议采用Maslow“人的需要论”作为评估框架,指导护理评估。会议最终确立了护理评估的如下原则:①评估是护理程序的第一步;②评估是一个系统的、有目的的护患互动过程;③护理评估的重点在于个体的身体功能和日常生活能力;④评估过程包括收集资料和临床判断。

诸多护理理论模式产生于20世纪60年代和70年代,其目标在于明确护理的实质性内容并将其视为独立的学科。新模式的另一目的是对护理教学大纲进行结构性调整以支持专业教育。虽然这些理论模式有助于护理作为独立学科的发展,但并未能在很大程度上规范护理实践及促进有意义的研究的进展。

70年代早期,护理界开始寻求另一种方法以便将护理所特有的内容定义为一个专业。这种方法注重的不再是发展广义的护理理论,而在于对护理实践中护士能独立进行的、无需医生等其他专业人员监督和指导的临床判断进行定义和分类,以进一步明确护理的独立性。此即美国护理史中著名的“护理诊断运动”,这次运动的目的是对“病人的护理需要”、“护理问题”以及“病人问题”进行正式分类和命名。

分类工作涉及分类学的发展。分类学是一个能对各种相关事物进行描述和分类的系统,发展较好的分类系统应具备对系统内各构成部分进行分类和识别的原则、步骤及规则的理论。在护理中,这种分类工作产生了当今的护理诊断。这一时期的工作成果意味着护理已能够明确表达其与医疗不同的独立定义而趋于成熟。

护理诊断分类系统的发展为护士提供了一种服务于临床实践的语言,以便更好地描述护理在患者照顾中的侧重点。与此同时,确定护理诊断标准的工作也在不断发展,这些标准被称为诊断依据(defining characteristics)。诊断依据是构成护理诊断的基础。

连同护理诊断命名及诊断依据在内的护理诊断分类系统的发展,使护理在历史上首次系统、全面地确定了护士在健康评估过程中收集资料的性质和内容应包括与护理诊断相关的指标与信息,从而有助于建立护理诊断。

随着护理诊断的发展及护士开始在临床中运用护理诊断,人们发现确立护理诊断的困难来源于采用传统的医学模式组织和进行护理评估。尽管传统的医学模式有助于指导

护士收集辨认临床问题和医疗诊断的资料,但却无助于护士收集与护理诊断相关的资料。于是护理开始寻求另一种能有效地收集与护理诊断相关的临床资料的护理评估系统,以利于作出护理诊断。

Gordon 于 1987 年提出了带有明显护理特征的、被称为功能性健康型态 (functional health patterns, FHPs) 的收集和整理资料的框架。FHPs 分类模式涉及人类健康和生命过程的 11 个方面:

1. 健康感知与健康的管理 (health perception and health management) 个体对自身健康水平的认定及其维持健康的行为。
2. 营养与代谢 (nutrition and metabolism) 包括营养、体液平衡、组织完整性和体温调节等与新陈代谢和营养过程有关的问题。
3. 排泄 (elimination) 主要指排便和排尿的功能和模式。
4. 活动与运动 (activity and exercise) 个体从事日常生活活动及进行这些活动所需的能力、耐力和身体调适反应。
5. 睡眠与休息 (sleep and rest) 个体睡眠、休息和放松的模式。
6. 认知与感知 (cognition and perception) 主要包括感官经历和认知功能。
7. 自我感知与自我概念 (self perception and self concept) 个体对自我的态度,涉及其身份、身体意象和对自身的评价。
8. 角色与关系 (roles and relationship) 个体在生活中的角色及与他人关系的性质。
9. 性与生殖 (sexuality and reproduction) 包括性别认同、性角色行为、性功能和生育能力。
10. 压力与压力应对 (coping and stress tolerance) 个体对压力的感知及其处理方式。
11. 价值与信念 (values and beliefs) 个体的价值观和信仰。

FHPs 使有明显护理特征的、系统的、标准化的资料收集和分析方法成为可能。使用 FHPs 作为护理评估的形式和内容进一步强调了护理程序和临床护理推理,但其被接受的程度远不如传统医学评估模式在医疗评估过程中使用得那么普遍。即便如此, FHPs 模式已被越来越广泛地用于护理评估,以确定个体整体健康状况及其护理的需要。

二、健康评估的主要内容

健康评估的内容广泛,包括如何与患者交流并建立良好的护患关系,学习问诊的内容和方法、体格检查的内容和方法、辅助检查的内容和意义,以及如何运用诊断性推理分析、综合资料,对资料进行分组,以发现其中的意义并得出合乎逻辑的结论。

(一) 症状评估

症状是指个体患病后对机体功能异常的主观感觉或自身体验,如疼痛、眩晕、乏